

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Стрелова Д. А., Геец А. В., Воронцова А. В.

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Россия

chekasina_dasha@mail.ru, a_valerevna@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены аспекты повышенной массы тела и сопутствующей гинекологической патологии у пациенток женской консультации и гинекологического стационара, взаимосвязь развития гинекологической и экстрагенитальной патологии и повышенной массы тела, отношение женщин к проблеме повышенной массы тела, особенность тактики ведения врачами амбулаторно-поликлинического звена в отношении пациенток с избыточной массой тела и ожирением.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, гинекологическая патология, репродуктивное здоровье, послеоперационные осложнения.

FEATURES OF GYNECOLOGICAL PATHOLOGY AND MANAGEMENT TACTICS FOR WOMEN WITH INCREASED BODY WEIGHT

Strelova D.A., Geets A.V., Vorontsova A.V.

Ural state medical university, Ekaterinburg, Russian Federation

chekasina_dasha@mail.ru, a_valerevna@mail.ru

Annotation. The article discusses the aspects of increased body weight and concomitant gynecological pathology in patients with antenatal clinics and gynecological hospitals, the relationship between the development of gynecological and extragenital pathology and increased body weight, the attitude of women to the problem of increased body weight, the tactics of conducting outpatient clinics by doctors in relation to patients with overweight and obese.

Key words: overweight, obesity, gynecological pathology, reproductive health, post-op complications.

ВВЕДЕНИЕ

Изменение индекса массы тела в большую сторону сопряжено с серьезными метаболическими нарушениями, проявляющихся во всех системах

организма человека [4]. Повышенная масса тела (ПМТ) – ожирение и избыточная масса тела – приводит к серьезным нарушениям репродуктивного здоровья: в 2-5 раз увеличивается частота нарушений менструального цикла, в том числе аномальных маточных кровотечений; патологии эндометрия [2]; снижается фертильность – в некоторых случаях частота бесплодия у женщин с “лишним весом” достигает 48%; а в случае состоявшейся беременности, увеличивается частота осложнений – самопроизвольные выкидыши, преэклампсия и эклампсия, гестационный сахарный диабет, формирование пороков развития и метаболических заболеваний [3]. Ожирение в пери- и постменопаузе связано с развитием гиперпластических процессов и онкологических заболеваний в репродуктивной системе и не только. В связи с этим у акушера-гинеколога, во-первых, возникает необходимость выбора метаболически безопасных препаратов у женщин с ПМТ и гинекологической патологией, во-вторых, метаболические изменения, сопутствующие ожирению, негативно сказываясь на репродуктивной системе, не корректируются при лечении гинекологической патологии и требуют отдельных терапевтических вмешательств [1].

Цель исследования – изучить состояние женщин с ПМТ и особенности тактики их ведения врачами женской консультации и гинекологического стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России – акушерско-гинекологическом приеме амбулаторно-консультативного отделения Городского Эндокринологического центра и гинекологическом отделении №1 и №2 МАУ ГКБ № 40 нами было проведено проспективное исследование методом сплошной выборки 260 женщин: 130 женщин, обратившихся на плановый прием акушера-гинеколога с лечебно-диагностической и консультативной целью и 130 женщин, обративших за экстренной или плановой хирургической гинекологической помощью. Для удобства проведения статистического анализа и наглядности результатов, информация представлена в виде сравнительной характеристики 4 групп женщин: 1 группа (n=60) – женщины, имеющие повышенную массу тела (ПМТ) ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$); 2 группа (n= 60) – женщины с нормальной массой тела ($\text{ИМТ} 18,5\text{-}24,9 \text{ кг/м}^2$), обратившиеся на плановый прием акушера-гинеколога; 3 группа (n=60) женщины, имеющие ПМТ ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$), 4 группа (n= 60)- женщины с нормальной массой тела ($\text{ИМТ} 18,5\text{-}24,9 \text{ кг/м}^2$), обратившиеся за хирургической помощью в гинекологическое отделение. У женщин, которые обращались на гинекологический прием или поступали для оперативного лечения проводился

сбор жалоб, анамнеза, антропометрические измерения: массы тела, роста, расчет ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) и окружность шеи (ОШ). Для выяснения отношения женщин к наличию у них ПМТ проводилось анкетирование пациенток гинекологического отделения. Для оценки послеоперационных осложнений у пациенток гинекологического стационара использовалась шкала Clavien-Dindo. Для выяснения тактики ведения женщин с ПМТ было проведено: анализ работы врача-участкового терапевта (выбранного методом конвертов), принимавшего на базе одной из поликлиник г.Екатеринбурга; выяснение частоты постановки диагноза «Ожирение» или «Избыточная масса тела» при предоперационном консультировании пациенток; также анонимное анкетирование среди 98 врачей акушеров-гинекологов амбулаторно-поликлинического звена г.Екатеринбурга и Свердловской области. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программ Microsoft Excel For Windows, STATISTICA 13.3. Для описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). Использовался расчет экстенсивного показателя, t -критерия Стьюдента (уровень значимости $p < 0,05$) и коэффициента корреляции Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Избыточная масса или ожирение у женщин, обратившихся на прием в женскую консультацию, встречается в 46,8% случаев, что примерно сопоставимо с частотой встречаемости ПМТ у женщин, обратившихся за хирургической помощью в гинекологическое отделение стационара (48,3%). Среднее значение ИМТ в группе пациенток с ПМТ, обратившихся на прием в женскую консультацию составило $29,72 \pm 0,88$ кг/м², в группе пациенток с нормальной массой тела – $20,42 \pm 0,34$ кг/м², ($t=3,38, p < 0,001$). Среди всех женщин (46,8%) с повышенной массой тела частота встречаемости избыточной массы тела составила 26%, среднее значение ИМТ $28,91 \pm 4,23$ кг/м²; ожирения 1 степени – 15,5%, среднее значение ИМТ – $32,12 \pm 3,83$ кг/м²; ожирения 2 степени – 1,5% со средним значением ИМТ $31 \pm 3,48$ кг/м²; ожирения 3 степени – 3%, их средний ИМТ равен $41,23 \pm 5,89$ кг/м². Обращает на себя внимание тот факт, что ни у одной из женщин до посещения акушера-гинеколога не был выставлен диагноз «избыточная масса тела»/«ожирение», хотя пациентки имели экстрагенитальную патологию и не раз посещали других специалистов.

В результате проведения корреляционного анализа выяснено, что женщины, имеющие избыточную массу тела или ожирение, начинают менструировать раньше, но и завершение репродуктивного периода у них наступает позже, чем у женщин с нормальной массой тела. То есть, для женщин с ПМТ характерно увеличение длительности работы репродуктивной системы и количества менструальных циклов на протяжении жизни.

Частота встречаемости гинекологических заболеваний в группе пациенток, обратившихся в женскую консультацию, с ПМТ составляет 100%, в группе же с нормальной массой тела – 66% ($t=2,06$, $p<0,05$). Структура гинекологической патологии имела различия в группах 1 и 2 (см. рис.).

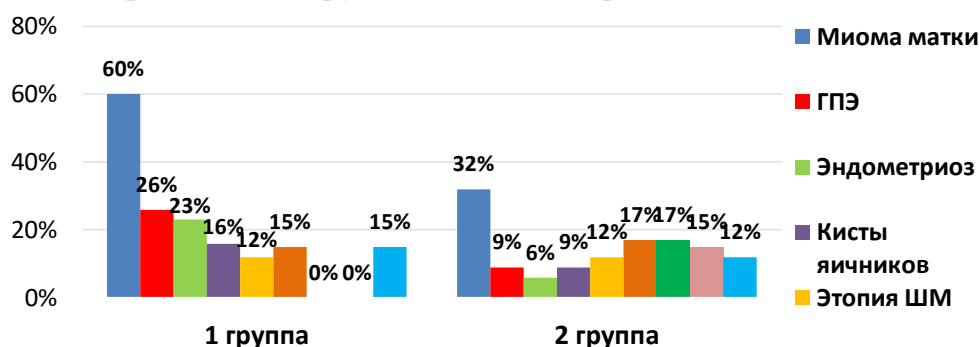


Рисунок 1 – Структура гинекологической патологии среди женщин с различным ИМТ.

Наличие же экстрагенитальной патологии в 1 группе отмечалось в 88,2% случаев, во 2 группе – практически с такой же частотой (88,5%; $t=2,08$, $p>0,05$), но структура заболеваний была разная: у женщин с ПМТ преобладали эндокринопатии (у 54%) и заболевания пищеварительной системы (у 34%). В группе женщин с нормальной массой тела – на первом месте также эндокринопатии (лишь у 35%), далее – неврологическая патология (23%), патология мочевыделительной системы (у 15%).

В группе женщин, поступивших в гинекологическое отделение, с ПМТ (3 группа) частота плановой госпитализации составила 70%, в группе с нормальной массой тела (4 группа) женщины госпитализировались в плановом порядке уже в 50% ($p=0,004$). Экстренная же госпитализация требовалась лишь 30% женщин с ПМТ и 50% женщин с нормальной массой тела. При этом в группе с нормальной массой тела госпитализация преимущественно (в 37% случаев) была обусловлена невоспалительными заболеваниями маточных труб и их придатков, тогда как у женщин с ПМТ - преимущественно в связи с гиперпластическими заболеваниями репродуктивной системы, что может быть связано с влиянием метаболических изменений на пролиферативные процессы в репродуктивных органах.

При плановой госпитализации все пациентки были проконсультированы врачом терапевтом и акушером-гинекологом, при этом лишь 28 % (17 женщин) пациенток с ПМТ были проинформированы о наличии у них избыточной массы тела или ожирения, рекомендации по коррекции массы тела и ожирения были даны лишь 6% (3 пациентки), терапия же была эффективна в 2% случаев (1 пациентка). При анкетировании пациенток с ожирением или избыточной массой тела по поводу их отношения к имеющейся у них ПМТ более половины женщин (56%) не считали увеличение своего веса аномальным явлением, требующим коррекции. При анализе послеоперационных осложнений было выявлено, что только среди женщин, имеющих ПМТ, госпитализированных в плановом порядке, (3 пациентки, 6%) имелись послеоперационные осложнения, потребовавшие повторной госпитализации в ближайшие сроки после операции: гнойно-септические осложнения (IVa и I по Clavien-Dindo) и несостоятельность гемостаза II по Clavien-Dindo.

Также была выяснена частота встречаемости пациенток, имеющих ПМТ на уровне первичного амбулаторно-поликлинического звена. 64,3% пациенток, обратившихся на прием к участковому терапевту, имеют избыточную массу тела или ожирение, при этом у 60% из них отмечается наличие той или иной соматической патологии. Однако частота встречаемости установления участковым терапевтом диагноза ожирение или избыточная масса тела составляет 0%. Что касается врачей акушеров-гинекологов, то среди 98 респондентов 100% считает, что следует лечить ожирение, а 50% - и избыточную массу тела, однако лишь 16,2% акушеров-гинекологов готовы самостоятельно давать рекомендации по коррекции массы тела и контролировать терапию. Вероятно это связано с имеющимся дефицитом времени на амбулаторно-поликлиническом приеме, ведь максимальное количество времени, которое врач может потратить на данные рекомендации в условиях реального клинического приема – не более 5 минут (63,3% опрошенных), однако 68,4% акушеров-гинекологов считает, что для этого может потребоваться и более 30 минут.

ВЫВОДЫ

1. Практически половина женщин, обращающихся за помощью к акушеру-гинекологу как на амбулаторно-поликлинический прием (46,8%), так и в гинекологический стационар (48,3%) имеют повышенную массу тела. Тем не менее, среди женщин с ПМТ не имеют диагноза ожирение или избыточная масса тела 100% пациенток, обратившихся на амбулаторный прием и 72% - в гинекологическое отделение для оперативного лечения. Для женщин с ПМТ характерно более раннее наступление менархе и более позднее наступление

менопаузы, что увеличивает длительность работы репродуктивной системы и количество менструальных циклов на протяжении жизни женщины, что способствует развитию различных гиперпластических процессов репродуктивной системы

2. Наличие уже избыточной массы тела, а тем более ожирения, тесно взаимосвязано с развитием не только экстрагенитальной, но и гинекологической патологии. Гинекологическая патология среди женщин с избыточной массой тела/ожирением встречается в 100% случаев, при этом в структуре патологии преобладают в основном гиперпластические процессы (миома матки, гиперплазия эндометрия, эндометриоз), что, вероятно, можно объяснить многообразием патологических влияний метаболических процессов на репродуктивную систему женщины.

3. При плановом поступлении в гинекологический стационар не происходит полноценной подготовки женщин с ПМТ в плане коррекции массы тела и возможных метаболических расстройств, что способствует развитию интраоперационных осложнений и осложнений послеоперационного периода, требующих интенсивной терапии и повторных госпитализаций.

4. Женщины с гинекологической патологией недооценивают значения ПМТ и необходимости ее коррекции.

5. Как участковые терапевты, так и акушеры-гинекологи, к сожалению, не всегда обращают внимание на ПМТ своих пациентов как на причину развития различных хронических неинфекционных заболеваний и, соответственно, не могут оказать адекватную лечебно-профилактическую помощь; возможно, из-за имеющегося дефицита времени на амбулаторно-поликлиническом приеме.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Калинченко С.Ю. Влияние ожирения и инсулинорезистентности на репродуктивное здоровье женщин / С.Ю. Калинченко, Л.О. Ворслов, И.А. Тюзиков, Ю.А. Тишова // Медицинский совет. – 2015. – Т.1. – №4. – С. 82-86.
2. Макаров И.О. Контрацепция у пациенток с ожирением / И.О. Макаров, Е.И. Боровкова // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2013. – Т.1. – №1. – С. 36-40.
3. Tsallagova E.V. Adiposity and reproductive health of the woman (literature review). / E.V. Tsallagova // Gynecology. – 2012. – Т.1. – №6. – С. 14-19.
4. World Health Organization (WHO). Fact sheet: Obesity and overweight. October 18, 2017. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (дата обращения: 21.11.18).